417

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René MORICE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

LES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. JEANSELME, *Professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920 — N° 417

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René MORICE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

LES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. JEANSELME, *Professeur*.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Phimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Pactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	M NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DES MIENS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A mon Maitre en Vénéréo-Dermatologie

le Docteur HUDELO

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et dans le service duquel nous avons puisé un précieux enseignement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. le Professeur LETULLE;
le Professeur agrégé LEGRY;
le Docteur JOSUÉ;
le Docteur CLAISSE, médecin des Hôpitaux;
le Docteur AVIRAGNET, médecin des Hôpitaux;
le Professeur agrégé RICARD, chirurgien des Hôpitaux;
le Docteur MARION, chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Docteur H. MONTLAUR
Chef de laboratoire de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a aidé de ses conseils.

INTRODUCTION

La rapide extension de la syphilis en ces dernières années rend de jour en jour plus grand et plus impressionnant le péril social qu'elle était déjà avant la guerre. Péril social par sa contagiosité remarquable et surtout par son hérédité.

Ce dernier point seul nous retiendra ici.

De toutes les maladies, c'est la syphilis qui tue le plus d'enfants. C'est la grande avorteuse qui travaille insidieusement : les statistiques nous l'ont prouvé de longue date. Il suffit d'examiner les suivantes que nous extrayons de l'ouvrage de Fournier : « Syphilis et mariage » (1880). Elles portent l'une sur 85 cas de grossesse (*clientèle de ville*)

Cas de survie	27
Cas de mort (avortements accouchements prématurés, enfants morts-nés, enfants morts à courte échéance après l'accouchement	29
Total	58

l'autre, sur 167 cas de grossesse coïncidant avec la syphilis (*clientèle d'hôpital*)

Cas de survie de l'enfant.....	22
Cas de mort, avortements, accouchements prématurés, morts-nés, enfants morts à courte échéance après l'accouchement..	145
Total	167

Si la syphilis est héréditaire, il est évident qu'avec le temps cette hérédité peut être de moins en moins marquée. Il est même possible qu'un ménage syphilitique mette au monde des enfants viables. Mais cela à quel prix? Ceux-ci ont été précédés par une dizaine de fausses couches et parfois plus, puis sont arrivés des accouchements prématurés, des malingres qui n'ont fait que toucher à la vie et enfin des enfants viables plus ou moins dystrophiques, qui grandissent au milieu de mille difficultés. Rarement, on obtient un enfant paraissant exempt de tares et le plus souvent avant d'arriver à ce but, les parents non traités ont fait des accidents nerveux de parasyphilis qui ne font qu'aggraver l'hérédité.

De quels moyens disposons-nous pour combattre cette hérédité syphilitique? Nous allons passer en revue les diverses modalités du traitement suivant la marche de la maladie, son intensité, son ancienneté, que cette affection soit purement d'origine maternelle, paternelle ou que le produit de conception soit redevable à ses deux parents de sa propre infection.

CHAPITRE I

TRAITEMENTS DES FEMMES ENCEINTES SANS SIGNE CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE DE SYPHILIS, MAIS A MARI SYPHILITIQUE.

Il faut donc traiter. Pourquoi faut-il traiter? Cela, parce que de nombreuses observations nous ont montré par d'heureux résultats l'importance de la cure qui doit être pratiquée de bonne heure. Un traitement peu intensif sera déjà marqué par un espacement des fausses couches, un traitement plus sérieux arrive à nous donner des enfants en apparence indemnes, et cela aura d'autant plus de chances de réussir que l'on aura pris la grossesse à ses débuts, qu'on apportera le médicament à l'embryon alors qu'il n'est encore qu'un amas de cellules non différenciées. On conçoit fort bien que la thérapeutique soit d'autant meilleure qu'on agit sur un organisme simple.

Maintenant que nous avons montré la nécessité d'un traitement, et d'un traitement dès le début de la grossesse, une question se pose : comment faut-il traiter?

Aurons-nous recours à un traitement type unique?

Traitement de choix parmi tant d'autres et que nous appliquerons aux malades d'une façon systématique, sitôt posé le diagnostic de grossesse chez une syphilitique ou femme de syphilitique.

Nous ne le pensons pas et cela pour les raisons suivantes :

1° C'est qu'il est des malades assez nombreuses qui ignorent leur affection et qu'il serait difficile chez elles d'appliquer un traitement type qui pourrait leur donner des soupçons ou même une certitude.

2° C'est qu'il nous faut compter avec les conditions sociales. Telle malade salariée à bas prix, soutien de famille parfois, ne pourra arriver à faire face à une *cure onéreuse*. Ajoutons encore que le déplacement pour l'application de son traitement à tel dispensaire ou chez tel médecin lui occasionnera encore de nouveaux frais et une notable *perte de temps*, la gênant dans son travail.

3° C'est qu'il est des cas où le diagnostic n'est pas ferme, où la syphilis n'est que soupçonnée. N'agirons-nous pas en face de ce doute? Si, évidemment, mais le traitement ne sera fait que par prudence pure, pour donner à la femme la quiétude et l'espoir de mener sa grossesse à terme, au médecin une tranquillité morale devant le doute qui résulte de son examen et qu'il a le devoir de faire tomber en établissant un traitement. Dans ces conditions, ne l'établirons-nous pas plus simple?

Envisageons donc quels sont les cas qui peuvent se présenter à nous et voyons quelles sont les diverses modalités thérapeutiques à y appliquer.

a) Mari syphilitique ancien et régulièrement traité

Celui-ci a contracté mariage dans les délais normaux (travaux de Fournier, H. Montlaur. *Les syphilitiques candidats au mariage*). Nous donnerons à ce malade apparemment guéri une grande sécurité morale et une tranquillité d'esprit en lui affirmant qu'un traitement institué chez sa femme au début de la grossesse a les plus grandes chances de permettre la mise au monde d'un enfant sain, normalement constitué, sans aucune tare syphilitique.

Pour l'application de ce traitement, deux cas peuvent se présenter, soit que la femme connaisse l'affection de son mari, soit qu'elle l'ignore.

1° *Si elle n'ignore rien*, le rôle du médecin devient extrêmement facile ; il se bornera à un examen complet de la malade tant au point de vue clinique qu'au point de vue sérologique. L'examen ne révèle-t-il aucune manifestation syphilitique ? Il exposera aux époux qu'il est prudent de faire un traitement mercuriel méthodique et régulier pendant toute la durée de la grossesse.

Comment ferons-nous ce traitement ?

Nous avons ici le choix entre les sels solubles, les sels insolubles, ou même une combinaison de sels solubles et insolubles dont la valeur thérapeutique est différente. Les uns s'en tiennent aux sels solubles parce qu'ils sont plus rapidement absorbés que les sels insolubles, parce qu'ils sont moins douloureux du fait qu'ils ne constituent pas de nodules à lente résorption. Tel est le cas pour le benzoate et le biiodure de mercure.

Pour les syphiligraphes qui désirent agir vite, il est un sel soluble qui, à l'heure actuelle, après avoir été utilisé par les oculistes, jouit à juste titre d'une grande vogue : c'est le cyanure de mercure dont l'action est vive, parce qu'on l'injecte directement dans le système circulatoire.

Les autres, tout en reconnaissant la valeur des sels solubles, n'ont point entièrement abandonné l'antique huile grise précieuse par son action continue et par l'unique dérangement hebdomadaire qu'elle nécessite. Ses inconvénients : stomatite, abcès de la fesse, rétention mercurielle avec libération brusque de la dose emmagasinée sont des plus rares si le malade a soin de sa dentition, si la piqûre a été faite profondément au lieu d'élection et si la malade a pris des soins d'hygiène opportuns, tels que les bains sulfureux favorisant la résorption et la circulation du mercure dans l'organisme.

Les éclectiques combinent les sels solubles aux insolubles afin de bénéficier des avantages de chacun d'eux.

Voyons maintenant à quelles doses nous les emploierons.

Nous pourrons employer, si nous pensons par exemple en raison de la malignité de la syphilis ancienne qu'il faut agir un peu fort, du cyanure de mercure, soit 10 piqûres par mois à raison de 0,01 gramme quotidien pendant les quatre premiers mois de la grossesse, puis dans la suite, 3 séries de 6 piqûres d'huile grise.

Si, au contraire, rien ne fait penser à la nécessité

d'une action un peu violente, on s'en tiendra à des piqûres quotidiennes de benzoate que l'on pourra combiner avec de l'huile grise, médicament à action un peu lente peut-être, mais bon médicament d'usure par son action continuelle. Nous penserons surtout à ce dernier si la grossesse prise à ses débuts nous permet de ne pas trop nous presser et de prendre notre temps pour agir, soit 10 piqûres de benzoate à 0,02 gramme quotidien pendant les quatre premiers mois, puis pendant tout le reste de la grossesse, on fera de l'huile grise à raison de 6 injections réparties sur 5 semaines. On fera ainsi 2 ou 3 séries avec un intervalle de repos de 1 mois.

2° *La parturiente ignore tout de l'état de son mari.* Celle-ci ne se sentant point malade n'ira pas d'elle-même consulter; elle laissera sa grossesse évoluer naturellement et peut-être, quoique le mari soit bien traité, le produit présentera-t-il des stigmates d'hérédo-syphilis?

Il faut alors que le mari persuade à la parturiente qu'elle a changé, qu'elle a maigri ou qu'elle présente un certain degré d'anémie pour la décider à consulter sous un prétexte quelconque de maladie générale. Dès lors, le mari devra être l'auxiliaire du médecin qu'il aura mis au courant de son ancienne affection.

Là, il faudra que le médecin évite de prononcer des paroles équivoques ou de porter un diagnostic facilement vérifiable qui pourraient donner un soupçon à la femme. La consultation et la thérapeutique doivent être déguisées. Faisons remarquer dès maintenant que de la

nomenclature des termes qui servent d'habitude à administrer le mercure sous un faux nom, il faut rayer celui d'hydrargyre, parce qu'il s'est vulgarisé à l'excès au point qu'il peut avoir comme conséquence non plus un soupçon, mais une certitude. De graves troubles dans le ménage en résulteraient. Or le médecin marcherait à l'encontre de son devoir social.

Le plus simple est de faire un examen complet comportant une réaction de Bordet-Wassermann sous un prétexte d'anémie. Cette réaction servira à étayer une thérapeutique mercurielle par piqûres sous le nom de « fer colloïdal », par exemple. Il va de soi qu'il est encore du rôle du médecin de s'enquérir du pharmacien livrant le médicament et de prévenir ce dernier.

Les séries mercurielles seront alors menées comme précédemment.

Si la malade, soit de sa propre initiative, soit ce qui est le cas le plus fréquent, du fait de son entourage, répugne aux piqûres, on pourra instituer un traitement pilulaire ou par suppositoires à l'onguent napolitain.

Observation I. — Dr H. Montlaur. — M. X..., syphilis datant de 9 ans, traité à la fin de 1910 en Allemagne par du Salvarsan et depuis à plusieurs reprises par des séries de Salvarsan, d'huile grise, de cyanure, au total malade bien traité, ne présentant au moment de son mariage aucun signe ni clinique, ni sérologique de syphilis.

La femme a présenté une grossesse très rapide — deux mois après le mariage — le diagnostic posé d'une façon précoce, la malade fut mise au traitement à son insu — 10 benzoate de mercure par mois à 0, 02 gramme quotidien pendant toute la grossesse : 7 séries de 10 piqûres — accouchement

à terme d'un enfant parfaitement constitué, examiné à la naissance par le Dr Rudaux accoucheur de l'hôpital Boucicaut et ne présentant aucun signe clinique de syphilis. Pas d'excès de liquide amniotique. Placenta normal.

b) Mari syphilitique ancien et mal traité.

Le mari d'abord sera soumis à un examen complet en tant qu'examen clinique et nous rechercherons s'il n'y a pas de signe d'une syphilis en évolution.

Nous ne négligerons point non plus l'examen sérologique, qui sera fait aussi sérieusement que dans les cas précédents, sans oublier toutefois qu'une réaction de Bordet-Wassermann à la période tertiaire peut être normalement négative.

Il ne présente pas d'accidents.

La femme, après un examen non moins sérieux et méthodique, n'en présente pas non plus.

Dans ce cas que ferons-nous?

Nous avons affaire à une syphilis qui a déjà été touchée plus ou moins par la médication et nous devons tenir compte de ce qui a été fait pour doser l'intensité du traitement ultérieur. De plus, cette syphilis mal traitée, qui n'offre aucun symptôme, est usée, usée lentement par le temps.

Y a-t-il nécessité de faire un traitement violent?

Si la syphilis ne présente aucune trace d'activité, nous ne le pensons pas. Il sera bon tout de même pendant toute la durée de la grossesse d'avoir l'autorité nécessaire pour faire suivre une cure régulière et d'in-

tensifier le traitement en faisant des sels solubles frappant plus vite et plus fort que les piqûres d'huile grise. Pour parer à l'élimination rapide du mercure, nous répèterons chaque fois les séries, soit par mois 10 piqûres de benzoate à 0 gr. 02, ce qui nous fera pour la durée de la grossesse une absorption de 1 gr. 60, à 1 gr. 80, de benzoate.

c) Mari syphilitique récent sans accidents.

Le mari est un jeune syphilitique et selon les conceptions admises jusqu'alors, il est dans la plus mauvaise posture qui soit pour procréer. La syphilis toute nouvelle, n'est usée ni par le temps, ni par la médication. La meilleure preuve en est que l'on voit certains malades, se croyant guéris après une première cure, revenir consulter au bout de quelques mois avec des lésions secondaires diverses. A ceux-là qui ont toute chance d'infecter non seulement le produit de conception, mais encore leur femme, nous ne pouvons leur appliquer d'autre traitement que la cure énergique que l'on doit appliquer à tout syphilitique en puissance de lésions contagieuses ou même de manifestations sérologiques. La femme, contaminée par le fœtus ou risquant sans cesse une syphilis jeune et partant virulente, devra bénéficier pendant toute sa grossesse d'un traitement identique.

Dans le traitement de ces malades nous attaquerons la syphilis avec énergie par voie intra-veineuse, parce

qu'il faut frapper vite — il faut limiter l'extension rapide du tréponème — et avec les plus fortes doses médicamenteuses permises, parce qu'il faut frapper fort — il faut donner de suite un coup fatal au spirochète — sans crainte d'amener l'intoxication de la mère (Jeanselme et Vernes — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1913) ou d'un fœtus condamné par la maladie pré-natale. Le fœtus du reste supporterait bien les sels arsenicaux (Néosalvarsan), puisque dans aucun cas il n'y a eu de réaction cardiaque dans la série d'observations de la clinique Tarnier (Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Juillet, 1912. — Bar. Résultats donnés par le Néosalvarsan à la clinique Tarnier).

Frapper vite et fort, telle est donc la base d'un traitement d'attaque parce que l'infection fœtale peut être réalisée de bonne heure et parce que nous n'avons pour agir qu'un temps limité. Nous pensons donc que le traitement d'attaque vraiment efficace est surtout le traitement mixte arsenico-mercuriel, mais nous ne voulons pas passer sous silence le traitement mercuriel seul qui garde encore la faveur de quelques syphiligraphes. Nous avons donc pour ce traitement d'attaque plusieurs méthodes à notre disposition :

1° Le mercure sous forme de cyanure de mercure soluble et intra-veineux a conservé la préséance chez les vénéréologistes qui considèrent que ce métal est le meilleur agent de destruction du tréponème. Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'une longue expérience a montré l'action thérapeutique puissante des sels de mercure et que l'on sait comment évolue une syphilis

sous cette médication dont la technique est très précise.

2° Le traitement arsenical intensif, né il y a une dizaine d'années avec les arsénobenzols, a paru être dès le début le véritable traitement d'attaque, celui qui guérissait : c'était « l'arsenic sauveur ». Mais, au bout de quelque temps, les malades revenaient avec des lésions secondaires qu'on ne pouvait imputer à une réinfection. Quelques accidents d'intoxication survinrent aussi. C'est alors qu'on parla de réemployer le mercure, puis l'idée vint de continuer cependant l'arsenic, mais en séries un peu analogues aux séries mercurielles. Un fait était évident : l'arsenic blanchissait vite et ce fait ne pouvait être oublié. Pourtant certaines syphilis résistaient au traitement nouveau. On parla d'arsénorésistance, puis on revint un peu au mercure, qui réduisait au silence ces manifestations syphilitiques rebelles. De là est né un certain éclectisme qui a donné lieu au troisième mode de traitement que nous allons exposer.

3° Ce traitement est un traitement mixte empruntant à l'arsenic sa rapidité d'action, au mercure sa constance. Cette médication a paru donner de bons résultats ; elle a séduit de nombreux syphiligraphes, et c'est encore à l'heure actuelle la méthode la plus prisée pour attaquer la syphilis, d'autant qu'en ces dix années la technique s'est précisée.

Parmi les sels arsénicaux, nous pourrons en employer deux pour les cures intensives. Le premier en date, l'arsénobenzol, a l'inconvénient de nécessiter de longues manipulations pour le dissoudre et le neutraliser. Pour

pratiquer ces opérations aseptiquement, il faut tout un matériel dont on ne peut guère disposer que dans un laboratoire. Cependant il a conservé des partisans parce que son action serait plus certaine et surtout parce qu'il serait moins toxique, moins *ictérigène* que le novarsénobenzol (séance de la Société de Dermatologie du 13 Mai 1920. Discussion orale du Docteur Queyrat). Il est habituel dans l'emploi de ce sel, pour ne pas avoir d'accidents, de ne point dépasser la dose de 3 à 4 grammes. On pratiquera la cure en injectant un liquide isotonique, vu le volume de l'injection que l'on fera tous les cinq jours avec des doses croissantes : 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 60. Ce médicament donne de bons résultats, mais il a été un peu abandonné en raison des inconvénients que nous avons cités plus haut.

On lui préfère actuellement le novarsénobenzol, qui lui, est soluble dans quelques centimètres cubes d'eau distillée et qui, en raison du faible volume de l'injection, ne nécessite pas d'être en solution isotonique.

Comme le novarsénobenzol est à l'heure actuelle le plus employé, c'est lui que nous allons prendre comme base du traitement d'attaque dont nous allons exposer les modalités.

Tous les jours, injections de doses croissantes de 914 commençant par 0 gr. 15 pour aller à 0 gr. 75 et même 0 gr. 90 suivant le poids du sujet.

Cette dose devant être répétée jusqu'à concurrence d'un poids total du sel arsenical de 5, 6 et même 7 grammes. Avant le traitement, le malade sera minu-

tieusement examiné quant aux contradictions (cœur, foie, reins, tension, etc.).

Au cours du traitement, il sera suivi et régulièrerement interrogé vis-à-vis de l'intolérance au médicament.

Les jours intercalaires, on fera une injection de 0,01 gramme de cyanure de mercure intraveineux jusqu'à 0,20 ou 0,25 gramme de ce sel. On laissera un repos d'un mois après l'application du traitement mixte, qui durera 6 semaines au minimum, puis, s'il y a lieu, on reprendra un nouveau traitement semblable au précédent.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous citerons les observations suivantes :

Observation II. — Dr H. Montlaur.

Le mari a contracté la syphilis en 1917. Il est traité au Panthéon dans le service du Docteur Hudelo, a subi 2 séries de traitement d'attaque (novarsénobenzol, cyanure), n'a plus suivi aucun traitement jusqu'au début de 1919, pas de manifestations cliniques, mais réaction de Bordet-Wassermann positive, remis au traitement d'attaque (7 grammes de novarsénobenzol, 30 grammes cyanure). A la fin de sa cure, il procrée. Grâce à des visites médicales répétées, nécessitées par des pansements gynécologiques, le diagnostic de grossesse est établi d'une façon précoce. Traitée par le novarsénobenzol.

A reçu 11 injections (1 par semaine) soit un total de 6 grammes. Puis traitée dans les mois suivants par des suppositoires mercuriels (10 par mois). L'accouchement a lieu à terme, naissance d'une fille de 3 kgr. 600, ne présentant aucun signe de syphilis. Pas d'excès de liquide amniotique.

Placenta 420 grammes. Cette enfant revue à 3 mois ne présentait rien.

Observations III et IV. — *Société médicale des Hôpitaux.* 23 Avril 1920. MM. Marcel Pinard et Lévy-Solal.

Rapportent 2 observations d'enfants conçus l'un au cinquième mois, l'autre au quatrième mois de la syphilis paternelle et nés à terme en parfait état. Les pères ont subi un traitement intensif avant la conception, l'un par l'arsénobenzol, l'autre par le novarsénobenzol. Les mères n'ont pas présenté de signes cliniques de syphilis, mais chez l'une d'elles, la réaction de Bordet-Wassermann fut positive. Elles ont été soumises à plusieurs séries d'arsénobenzol pendant leur gestation.

Les enfants revus 7 mois après la naissance sont en parfait état avec accroissement pondéral normal. Leurs analyses de sang sont négatives au Bordet-Wassermann et au Hecht.

d) Mari syphilitique récent avec accidents.

C'est alors que nous aurons le maximum de mauvaises conditions pour mener une grossesse à terme. Nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons dit dans le précédent paragraphe en ce qui concerne le traitement et si nous nous reportons aux observations de MM. Marcel Pinard et Levy-Solal, nous voyons que, même dans les cas difficiles, ni le médecin, ni la famille ne doivent désespérer, puisque ces auteurs ont vu des grossesses se terminer heureusement grâce à l'énergie et à la précocité du traitement.

CHAPITRE II

TRAITEMENTS DES FEMMES ENCEINTES SYPHILITIQUES

Nous pensons, malgré les analogies de traitement qui peuvent s'ensuivre, qu'il est nécessaire de faire un chapitre spécial pour le cas où la femme seule est syphilitique. Il suffit en effet de se rappeler que, lorsque le père est contaminé, l'infestation du fœtus se fait directement au moment de la fécondation. La mère est-elle syphilitique, l'infestation ne se fera plus seulement au moment de la conception, mais encore pendant toute la durée de la grossesse. Le fœtus indemne au début risquera une contamination à chaque recrudescence de la maladie de la mère, si celle-ci néglige la régularité de son traitement, d'autant que certaines malades semblent ne localiser leur tréponème que sur le fœtus et ses annexes au cours de leurs diverses grossesses.

Nous devons donc insister, il nous semble, sur la régularité du traitement en même temps que sur son intensité qui devront être absolues dans certains cas.

Comme dans le chapitre précédent, étudions donc les diverses situations qui se présenteront à nous.

a) Femme syphilitique ancienne bien traitée.

A la femme qui remplit ces conditions, qui s'est mariée dans les délais normaux prescrits par Fournier; nous accorderons toute autorisation pour procréer parce qu'en plus du facteur temps, le tréponème a été longuement et lentement détruit par les médicaments. Une telle syphilis présente bien peu de virulence; il serait bien extraordinaire de voir à cette époque apparaître des lésions cutanées, muqueuses ou viscérales, indices de la non-usure de la maladie, qui ne demanderait qu'à se transmettre.

Cette syphilis, que nous aurons à combattre, si par hasard elle avait résisté au traitement, peut présenter deux modes en tant qu'hérédité.

Nous pouvons avoir d'une part une hérédité tréponémique qui, qu'elle soit d'origine paternelle ou maternelle, donnera un enfant syphilitique en nature; d'autre part une hérédité toxinique fournie par le père ou la mère — plus grave dans ce dernier cas à cause de la durée de la gestation — qui donnera non plus des syphilitiques en nature, mais des dystrophiques (Bobrie, Thèse 1913).

En laissant la femme sans traitement, le fœtus aurait beaucoup de chances de pouvoir accomplir normalement les échanges humoraux avec sa mère sans rien contracter. Il risquerait peu. Mais mieux vaut la certitude qu'ajoute le traitement, celui-ci n'apporterait-il, répétons-le, qu'une tranquillité morale à la mère et de

ce fait un bon équilibre physique, facteur important des gestations heureuses.

C'est pourquoi, comme dans le cas du mari syphilitique ancien et régulièrement traité, nous adopterons la méthode de traitement de sécurité par les séries de cyanure on de benzoate de mercure pendant les 4 premiers mois et les séries de 6 injections d'huile grise pendant le reste de la grossesse. Il est inutile d'employer une médication plus violente, puisque la syphilis ne présente rien d'actif.

Il va de soi que dans l'application de ce traitement on envisagera encore deux cas :

1° Celui où le mari est au courant de la maladie de sa femme, ce qui ne souffre aucune difficulté pour traiter la parturiente.

2° Celui où le mari est ignorant et où la femme sera à son tour l'auxiliaire du médecin, ce qui présente beaucoup moins d'ennuis que dans le cas inverse, la femme ayant de multiples raisons de consulter au sujet de sa grossesse.

b) Femme syphilitique ancienne mal traitée.

Depuis l'époque où l'infection a eu lieu, la malade s'est traitée. Sous l'influence d'un traitement sérieux, peut-être d'un traitement d'attaque, chancre, roséole et syphilides ont disparu, mais la femme n'a point tenu compte des avis du médecin ; elle a omis la régularité, la périodicité des cures. Elle a attendu, pour se rappeler qu'elle était syphilitique, que de nouvelles lésions secon-

daires fassent irruption. Elle a laissé son tréponème reprendre sa virulence au lieu de continuer à se traiter régulièrement avant qu'il ne réveille toute son énergie. A chaque fois — car la malade est toujours retombée dans la même faute — ces lésions bruyantes s'en sont allées avec des traitements d'attaque. Puis la syphilis s'est tue depuis plusieurs années, usée par le temps qu'ont aidé les chocs brutaux du 914.

Cette femme devient enceinte, s'affole à l'idée, soit d'une grossesse prématurément interrompue, soit, ce qui est le cas le plus fréquent, à celle de mettre au monde un dystrophique et le médecin peut retrouver ainsi pour un temps une malade docile, toute prête à accepter ses conseils.

Si l'examen clinique et la sérologie sont négatifs, on peut penser que le temps a accompli son œuvre et qu'un traitement mercuriel d'intensité moyenne sera suffisant pour lui permettre de mener à bien sa grossesse.

Si, au contraire, en l'absence de tout signe clinique, l'ancienne syphilis se manifeste encore par une réaction de Bordet-Wassermann positive, nous devons, malgré les réserves qui s'attachent à cette réaction, considérer notre malade comme une syphilis non guérie et justiciable de ce fait d'une médication intensive arsenico-mercurielle.

Dans le cas où l'examen clinique et sérologique sont négatifs, il sera bon de compléter le traitement ancien pendant toute la grossesse par des sels solubles intraveineux que nous appliquerons chaque mois en cure régulière, et dans certains cas, ce traitement viendra

appuyer une cure arsenicale. Ce cas est celui de la plupart de nos malades d'hôpital qui, soit par insouciance, soit par défaut d'instruction, négligent le traitement régulier. En voici un exemple que nous extrayons des observations de l'hôpital Broca, service de notre maître le Dr Hudelo :

Observation V. — La malade est arrivée en Mai 1911, avec méningite spécifique et syphilides des lèvres, traitée par 1 gr. 20 de Salvarsan, elle revient en Janvier 1912, avec des syphilides papulo-érosives vulvaires et sort de l'hôpital sans traitement. En Mai 1913, accouche d'un prématuré de 7 mois et ne revient à l'hôpital que le 14 Février 1914, enceinte de trois mois et demi. Seule la réaction de Bordet-Wasserman est positive. On fait 2 grammes de Salvarsan en Avril, 2 gr. 20 en Mai; le reste de la grossesse on administre du benzoate et de l'iodure (2 grammes par jour). L'accouchement a lieu à terme, l'enfant est bien portant et ne présente aucune trace de spécificité.

Nous notons ici l'irrégularité du traitement et l'heureux effet de la médication pendant la dernière grossesse.

Constatons par ailleurs le résultat défavorable d'une syphilis ancienne mal traitée et n'ayant pas eu au moment de la grossesse de traitement par les sels solubles.

Observation VI. — Hôpital Broca. Service du Docteur Hudelo.

Malade arrivée en 1911 avec syphilis datant de 4 ans, traitée en 1907 à l'hôpital St-Antoine par des piqûres quotidiennes de mercure pendant trois semaines; en 1908, la malade reçoit 12 piqûres d'huile grise; en 1909, elle accouche prématu-

rément à 8 mois d'un enfant mort; en 1910, nouvelle grossesse (24 piqûres d'huile grise en tout); la malade accouche encore à huit mois d'un enfant mort.

c) Femme syphilitique récente sans accidents

Ces cas sont plus dangereux pour le fœtus que les précédents en raison de l'atténuation insuffisante de l'infection. Dès la première présomption de grossesse, il faudra surveiller cette syphilis de très près. Certes, la malade ne présente pas d'accidents cliniques, mais gardons-nous bien de nous en tenir là. Pratiquons un examen sérologique, pas toujours très fidèle il est vrai, mais qui, lorsqu'il est positif, est souvent précuseur d'une explosion de lésions syphilitiques. Admettons que la procréation ait coincidé avec une série de traitement, que le fœtus de ce fait soit indemne, ce dernier, si nous ne nous y opposons pas, sera continuellement sous le coup d'une infection. Ce qu'a fait la première série du traitement d'attaque, il nous faut le continuer. Dès que la réaction de Bordet-Wassermann, régulièrement pratiquée, ne présentera qu'une hémolyse partielle, méfions-nous de la positivité ultérieure et usons du traitement d'attaque : novarsénobenzol combiné au cyanure de mercure.

La réaction de Bordet-Wassermann ramenée à la négativité, nous userons alors d'huile grise comme nous l'avons déjà exposé dans le chapitre précédent et en nous guidant toujours sur la réaction sérologique pour revenir le cas échéant à un traitement arsénical.

Nous arriverons ainsi souvent à de bons résultats.

Observation VII. — Hôpital Broca. Service du Dr Hudelo. Malade arrivant le 1re Mai 1912 avec chancre du capuchon, mise au Salvarsan 0 gr. 80; le 19 juin 1912, réaction de Bordet-Wassermann positive; la malade présente des syphilides érosives anales et péri-anales traitées par 15 piqûres de benzoate; le 21 février 1913, revient sans accident, présentant une grossesse de 8 mois; réaction de Bordet-Wassermann négative; on fait 1 gr. 70 de Salvarsan; l'accouchement a lieu à terme d'un enfant vivant pesant 2.980 grammes, le placenta pesant 520 grammes; l'enfant ne présente aucun stigmate de syphilis; son Wassermann est négatif.

Observation VIII. — Hôpital Broca, Service du Docteur Hudelo. — Malade présentant en Mars 1912 une érosion syphilitique de la grande lèvre; réaction de Bordet-Wassermann positive; traitée avec du Salvarsan 0 gr. 50; le 12 Avril, la réaction de Bordet-Wassermann est négative; le 30 Octobre 1912, présente une grossesse de 5 mois; pas d'accidents syphilitiques; mise au Salvarsan 1 gr. 20; le 8 Février 1913, accouchement d'un enfant vivant pesant 2.800 grammes; placenta 600 grammes; pas d'hydramnios; pas de stigmates de syphilis.

Par ailleurs, le Professeur Bar a constaté chez une femme, traitée pendant toute la durée de la grossesse par du néosalvarsan, la naissance d'un enfant vivant en apparence bien portant, mais avec un Wassermann très positif avec le sang du cordon. L'enfant revu 10 jours après ne présentait pas d'accidents (Société d'obstétrique et de gynécologie, juillet 1912. Résultats donnés par le néosalvarsan à la clinique Tarnier).

d) Femme syphilitique récente avec accidents.

Cette catégorie de femmes syphilitiques est peut-être la plus importante, du moins dans la clientèle d'hôpital. Il suffit de tourner les pages d'un cahier d'observations pour remarquer que la plupart des femmes enceintes viennent consulter au bout de 2 à 3 mois de grossesse, non point pour l'enfant, mais pour une syphilis datant d'un an ou de moins et qu'elles ont traitée d'une façon irrégulière et au hasard des accidents. Au moment de la grossesse, c'est encore pour des lésions cutanées ou muqueuses qu'elles viennent consulter et si le médecin n'y prenait garde, la plupart d'entre elles se soucieraient peu du fœtus. Celui-ci cependant court de grands risques car le sérum sanguin ainsi que la lymphe sont bourrés de tréponèmes extrêmement virulents qui les rendent contagieux au plus haut degré. L'infestation fœtale se fera par osmose peut-être si le filtre osmotique permet au microbe de passer, mais plus vraisemblablement à l'occasion d'une rupture d'artériole endommagée par de l'artérite syphilitique. Contaminé, le processus de sclérose envahira le fœtus. Des foyers d'artérite syphilitique placés en des points quelconques de son système circulatoire gêneront la circulation. Il en résultera de l'hydramnios d'abord, puis la mort du fœtus.

Cette syphilis qui présente le maximum de danger pour le fœtus et qui aura tendance à refaire dans le plus bref délai des accidents contagieux, il faudra, après avoir fait disparaître les lésions par un traitement

d'attaque avec de l'arsénobenzol ou du novarsénobenzol, la maintenir en état d'impuissance continuelle.

Nous n'emploierons donc pas d'huile grise ni de benzoate ou de biiodure qui, en raison de la nature métallique et huileuse pour l'une et du siège sous-cutané ou musculaire de la piqûre pour les autres, ne peuvent pas avoir d'action rapide.

Nous continuerons à agir pendant toute la grossesse par des traitements d'attaque 914 ou 606 combinés au cyanure intraveineux de façon à juguler au maximum la nocivité du tréponème.

Jugeons par l'observation suivante du résultat obtenu.

Observation IX. — Hôpital Broca. Service du Docteur Hudelo. — Malade présentant en Juin 1912 des plaques muqueuses et un reliquat de roséole; la réaction de Bordet-Wassermann est positive; traitée avec 0 gr. 90 de Salvarsan; le 20 Septembre 1912, la réaction sérologique est encore positive; la malade reçoit 0 gr. 90 de Salvarsan; en Juillet 1913, la malade enceinte depuis Décembre (8 mois) reçoit 1 gr. 70 de Salvarsan; l'accouchement se fait à terme le 28 Août 1913 à la Pitié; le poids du fœtus est de 2.400 grammes; on ignore celui du placenta; l'enfant présente 15 jours après sa naissance une éruption généralisée à petits éléments, sur les pieds et la région plantaire de larges taches non érosives de couleur vive; mis aux frictions.

e) Femme enceinte contractant la syphilis.

Lorsque la conception précède la contamination syphilitique nous sommes certains de ce fait de l'inté-

grité primordiale de l'œuf, mais le traitement s'impose au double point de vue de la mère (risques de contagion de l'entourage) et de l'enfant (avortement).

La femme donc étant syphilitique, le produit de conception étant estimé intègre, comment interviendrons-nous et comment jugerons-nous de la vitalité du fœtus vis-à-vis de la syphilis maternelle? Quelle est la force de résistance qui s'opposera au spirochète? Cette résistance du fœtus sera évidemment proportionnelle à l'âge. Plus tôt il sera contaminé, plus il se trouvera dans les conditions de l'hérédo-syphilitique dont les éléments constitutifs de l'œuf sont déjà syphilisés. Celui-là pendant toute la gestation pourra être la proie d'artérite syphilitique troublant sérieusement sa nutrition.

Au contraire, si la contamination a lieu vers la fin de la grossesse, l'artérite du fœtus, s'il est contaminé, peut ne pas se produire ou n'avoir le temps que d'évoluer imparfaitement sur des organes bien développés et par suite plus résistants. Par contre, à la naissance, nous aurons la possibilité de constater des manifestations éruptives.

Il se pourrait faire encore que la syphilis soit contractée dans les tout derniers jours de la grossesse et nous savons que le tréponème n'est généralisé dans l'organisme qu'à l'apparition des phénomènes secondaires, seul cas où l'on puisse peut être penser le fœtus vraiment indemne.

Dans ces diverses conditions, que ferons-nous?

Nous pensons qu'au point de vue du traitement il n'y

a pas lieu de faire de distinction, qu'ayant affaire à une syphilis jeune, il nous faut la traiter avec énergie par un traitement d'attaque arsenico-mercuriel intra-veineux, que l'on pourra renouveler si la grossesse en laisse le temps.

Nous ne tiendrons compte de l'âge de contamination du fœtus que pour espérer un meilleur résultat proportionnel à l'âge de celui-ci.

Voyons les résultats d'un traitement trop tardif et insuffisant.

Observation X. — Hôpital Broca. Service du Dr Hudelo. Décembre 1913, Syphilis de 4 mois non traitée; réaction de Bordet-Wassermann positive; grossesse de 5 mois et demi; traité par 1 gr. 70 de Salvarsan; accouchement prématuré à 7 mois; enfant mort; aucun traitement depuis 1914; de nouveau enceinte; l'accouchement est normal à terme, l'enfant est mort à 16 mois de méningite; pendant la durée de la grossesse, traitement au sirop de Gibert.

f) Femme mariée à un syphilitique, remariée à un homme sain.

Quelle conduite faudra-t-il tenir en pareil cas? Les lois de Colles-Baumes nous apprennent que, lorsque la mère n'a présenté aucun signe, ni clinique, ni sérologique de syphilis, le nourrisson hérédo-syphilitique cependant peut téter sa mère sans la contaminer. Y a-t-il pour la mère une sorte de vaccination latente? Est-elle syphilitique bien que n'ayant point fait d'accidents? Est-elle indemne? Ce point est encore à élucider, mais

nous pensons, surtout si lors de son premier mariage, elle a fait des fausses couches, qu'il est sage lors des nouvelles conceptions de la traiter par des sels solubles et de l'huile grise.

g Femme syphilitique albuminurique.

Une difficulté survient chez les femmes enceintes albuminuriques. Comment administrer des produits toxiques touchant déjà par eux-mêmes sans lésion préalable le foie et les reins.

Comment faire le diagnostic, souvent impossible, d'une albuminurie arthétique avec une albuminurie syphilitique?

Il faut attendre pour traiter que la crise aiguë soit passée en partie sous l'influence d'un régime.

Nous pouvons d'autre part tenter une médication prudente, en observant l'albumine émise chaque jour et si celle-ci diminue, nous augmenterons, toujours prudemment, les doses de médicament.

Mais le plus simple sera peut-être, après un examen de la perméabilité rénale au bleu de méthylène et une analyse d'urine complète, d'employer le lactate de mercure, seul sel mercuriel vraiment bien toléré par les reins malades.

CHAPITRE III

SYPHILIS IGNORÉE DES GÉNITEURS

Une femme fait fausses couches sur fausses couches ; elle les espace un peu chaque fois, et chaque fois mène la grossesse un peu plus loin et pourtant on ne relève de trace de syphilis ni sur le père, ni sur la mère. La mère, de plus, ne présente aucune diathèse capable d'expliquer l'interruption de ses grossesses. Méfions-nous. Il y a là une syphilis latente chez un au moins des conjoints. Le chancre punctiforme, la roséole discrète sont passés inaperçus et la syphilis évolue d'une façon occulte. Au moment de la conception, le traitement des deux époux s'impose et pendant la grossesse celui de la mère.

Le traitement n'est pas à discuter : c'est une syphilis vierge qui est justiciable d'une cure d'attaque.

Parfois nous n'avons même pas la présence de fausses couches pour soupçonner une syphilis. La parturiente se présente avec de l'hydramnios dont il faut trouver la cause. Le diagnostic élimine la gemellité, élimine la maladie diathétique possible ; reste à penser à la syphilis,

dont on ne retrouve cependant pas d'antécédents. L'accouchement se produit même à terme : le placenta est lourd plus que normalement, l'enfant sans rentrer dans la catégorie des malingres est nettement en dessous de son poids normal. Pensons encore plus à la syphilis et traitons.

N'y aurait-il pas d'hydramnios, n'aurait-on constaté que la différence de poids du placenta et de l'enfant dans les accouchements précédents, ce sont d'après les accoucheurs des symptômes suffisants de spécificité et dans ce cas ils ont l'habitude de traiter.

Cette syphilis est bénigne puisque, sans traitement aucun, elle permet l'accouchement d'un enfant vivant. Ces symptômes ne sont peut-être dûs qu'à une hérédo-syphilis des parents. Nous traiterons la mère, mais simplement avec des sels solubles que l'on pourra combiner avec de l'huile grise.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Voyons maintenant quels sont les résultats en passant en revue chacun de ces cas. Nous diviserons encore le chapitre en deux parties ayant trait la première aux maris syphilitiques, la seconde aux femmes syphilitiques.

1° *Mari syphilitique ancien bien traité.*

Nous remarquerons dans un tel ménage d'abord que nous ayons affaire à une syphilis aussi peu virulente que possible puisque ce syphilitique traité régulièrement et marié après avoir pris conseil de son médecin a les plus fortes chances de ne plus voir d'accidents durant le reste de son existence, ensuite que la mère est indemne, qu'elle ne peut être une cause d'ennuis pour le fœtus et que de son côté à elle, la nutrition est assurée dans de bonnes conditions.

La cure pré-conceptionnelle du père peut avoir définitivement sauvé le fœtus. Ce dernier serait-il syphilisé

par le père, la cure de gestation de la mère lui apportera un traitement salutaire. Tout se passe dans les meilleures conditions. Nous aurons un bel enfant sans signe d'hérédo-syphilis et souvent même sans réaction sérologique positive. La grossesse se sera présentée comme normalement sans excès de liquide et le placenta ne présentera pas d'excès de poids.

La gestation pathologique ne pourra mimer de plus près l'état normal.

2° *Mari syphilitique ancien mal traité.*

Cette syphilis, qui s'est tue, n'est peut-être pas complètement usée. Rien ne prouve qu'elle ne retentira pas à un moment donné sur le fœtus, d'autant que la mère peut avoir été contaminée elle aussi et à son insu par ce tréponème discret. L'échéance de quelques années seule pourra nous le montrer.

Le fœtus est-il condamné? Non certes, la situation même n'est pas encore trop mauvaise, si le mari a eu la précaution de faire un traitement pré-conceptionnel et surtout si la mère a su s'astreindre à la régularité du traitement.

3° *Mari syphilitique récent sans accidents.*

L'explosion d'accidents vient de s'éteindre sous l'action d'un traitement d'attaque. Ce jeune syphilitique insouciant ou ignorant procrée; aura-t-il la chance que le produit de conception soit indemne en raison de la

cure qui vient de se terminer? C'est bien peu probable, parce que la syphilis est récente et virulente et qu'il y a toutes chances pour que le tréponème ait suivi le spermatozoïde dans la fécondation de l'ovule.

Laissons évoluer la grossesse; nous ne tarderons pas à la voir se terminer par une fausse couche. Traitons alors et traitons énergiquement par 1, 2 ou 3 séries d'attaque. Le résultat est douteux, mais il peut être très bon ainsi qu'en témoignent les observations que nous avons publiées (Obs. II, III et IV).

Devant le résultat qu'elles présentent, nous pensons pouvoir aller plus loin — sans nous risquer toutefois, sans vouloir établir une loi qui manquerait trop de fondement et espérer qu'il y a là peut-être l'amorce d'une modification sur les lois du mariage imposées par Fournier.

4° *Mari syphilitique récent avec accidents.*

Cette syphilis en pleine puissance de virulence et de contagion doit nous faire tout craindre pour le fœtus d'autant qu'un syphilitique récent avec accidents et procréant a toujours omis de faire une cure pré-conceptionnelle.

Pour traiter l'embryon, nous traiterons la mère avec une suite de séries d'attaque, car il nous faut lutter violemment avec le tréponème qui, trop souvent, aura raison de la fragilité du fœtus.

Voyons maintenant ce qui se passe pour les femmes syphilitiques.

1° *Femme syphilitique ancienne, bien traitée.*

Tout aura tendance à faire espérer un bon accouchement avec enfant sain comme dans le cas, tout analogue d'ailleurs, où le mari est un syphilitique ancien. Faisons remarquer cependant que cette fois la femme est syphilitique, qu'un réveil de sa syphilis ne manquerait pas d'inquiéter le fœtus, et que pour cette raison, il faut surveiller la régularité du traitement.

2° *Femme syphilitique ancienne mal traitée.*

Toujours moins bonne que dans le cas précédent, la situation n'est pas perdue si l'on arrive assez tôt pour traiter la mère et le fœtus, chose heureuse d'ailleurs, car ces malades représentent la majorité de la clientèle d'hôpital qui suit le plus souvent un traitement irrégulier. Un traitement sérieux des 9 mois, parfois de moins, peut encore sauver l'enfant. Mais gardons-nous bien d'affirmer qu'il le sera toujours, car la moindre insuffisance ou le moindre relâchement du traitement aura une issue fâcheuse. Cela ressort de nos observations V et VI.

3° *Femme syphilitique récente sans accidents.*

Nous ne ferons qu'ajouter peu de chose au paragraphe précédent. Le fœtus, primitivement en plus mauvaise posture, arrivera à terme quand même. Sur lui, il ne présentera pas de lésion syphilitique; on n'aura même pas à poser d'hydramnios au cours de la

grossesse, mais souvent on constatera à la naissance une déperdition assez marquée du poids de l'enfant et une augmentation de poids du placenta.

4° *Femme syphilitique récente avec accidents.*

Syphilis jeune, en pleine contagiosité, mère non seulement susceptible de réinfecter, mais réinfectant constamment le fœtus, ce sont là des conditions très défavorables pour l'évolution de la grossesse. Nous pourrons noter fausses couches et prématurés avec fréquence.

Parfois, grâce au traitement, on obtiendra des enfants viables apparemment sains ou qui pourront faire des accidents au moment de l'accouchement même ou dans les jours suivants.

Nous extrayons de la thèse de notre ami, le Docteur H. Montlaur : « *Les syphilitiques candidats au mariage* », la statistique suivante portant sur 77 cas de grossesse avec syphilis relativement récente — de 6 mois à 3 ans au plus — la procréation ayant eu lieu avant les délais exigés.

Enfants sains, revus à plusieurs reprises après leur naissance, avec réaction de Bordet-Wassermann négative.....	38
Enfants morts : avortements, accouchements prématurés, enfants morts-nés, enfants morts à courte échéance de l'accouchement de manifestations spécifiques	39
Total	77

Nous voyons qu'on peut espérer encore 50 p. 100 de cas heureux.

Il est à noter pour ces trois derniers paragraphes que le résultat sera d'autant plus défavorable que les femmes se seront traitées plus tard au cours de leur grossesse.

5° *Femme syphilitique déjà enceinte.*

Ce cas nous ramène au groupe précédent avec cette énorme différence que toujours nous aurons moins de neuf mois pour briser l'action nocive du tréponème. Il ne faudra donc point s'étonner d'obtenir de moins bons résultats.

6° *Syphilis ignorée.*

La maladie n'étant connue ni de l'un, ni de l'autre des conjoints, le médecin devra agir à l'insu des deux et son rôle n'en sera que plus difficile. Les résultats ne seront jamais très bons, car le médecin sera toujours appelé tard, lorsque l'avortement sera prêt à se faire. Par contre, si le même médecin donne des soins d'une façon permanente à une famille, étant au courant des antécédents, il pourra instituer dès le début des nouvelles grossesses des traitements intensifs dont les effets seront des plus heureux.

7° *Femme syphilitique albuminurique.*

Deux causes interviennent pour attenter à la vie du fœtus, la syphilis d'une part, et d'autre part l'albumi-

nurie agissant par ses hémorragies et les décollements placentaires qu'elle provoque.

Ajoutons que contre la syphilis, il nous sera difficile d'employer des traitements violents en raison du mauvais état des reins et que si le lactate de mercure fait disparaître les lésions, il n'est peut-être pas suffisant pour, en 9 mois, mettre le fœtus à l'abri des atteintes du tréponème.

CONCLUSIONS

1° Toute femme enceinte syphilitique ou dont le mari est syphilitique est justiciable d'un traitement.

2° Si la syphilis paternelle est seule en cause et que cette syphilis ait été régulièrement et longuement soignée, un traitement mercuriel réparti sur toute la durée de la grossesse nous paraît suffisant pour la mener à bien.

3° Si la syphilis paternelle est une syphilis mal traitée, mais ancienne, quoique sans accidents ni cliniques, ni sérologiques, l'emploi de sels mercuriels solubles (voie intraveineuse ou intramusculaire) doit donner des résultats satisfaisants.

4° Dans tous les autres cas — syphilis récente du père et a fortiori de la mère — un traitement intensif arsenico-mercuriel combiné, institué précocement et long-

temps prolongé, doit dans l'immense majorité des cas permettre à la grossesse d'évoluer normalement et de se terminer par la mise au monde d'enfants sains ne présentant ni dystrophie, ni manifestations soit éruptives, soit sérologiques de la syphilis.

Vu : le Président,
JEANSELME

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Balzer. — *Thérapeutique des maladies vénériennes.*

Bar. — Résultats donnés par le Néosalvarsan à la clinique Tarnier. *Soc. d'obs., et de gyn.*, Juillet 1912.

Bobrie. — *Etude sur la syphilis conceptionnelle et sur l'hérédité syphilitique.* Thèse 1913.

Bricard. — *De la transmission de la syphilis du père à l'enfant avec immunité de la mère.* Thèse de Paris, 1871.

Boucher. — *De l'influence du traitement anti-syphilitique chez la femme enceinte sur le fœtus.*

Du Castel. — Traitement de la syphilis par les injections insolubles mercurielles. *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1893.

Charrier. — De l'hérédité syphilitique. *Archives gén. de médecine*, 1862.

Fournier. — *Syphilis et mariage*, 1890.

— *La syphilis héréditaire tardive*, 1886.

— *Le danger social de la syphilis.*

Gaucher et Henri Bernard. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 Février 1901.

Hoffmann. — *Influence du traitement prophylactique anti-syphilitique dans les avortements à répétition de cause inconnue.*

Hudelo. — La diversité actuelle des traitements de la syphilis. *Paris médical*, Mai 1917.

Isay. — *Traitement de la syphilis pendant la grossesse par l'huile grise.*

Jacquemier. — *Syphilis chez les femmes enceintes.*

Jeanselme et Vernes. — Du traitement par le Salvarsan des femmes syphilitiques en état de gestation. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1913.

Montlaur. — *Les syphilitiques candidats au mariage.*

Notta. — *Mémoires sur l'hérédité syphilitique.*

Périn. — *Contribution à l'étude de la médication arsénicale dans la syphilis.*

Pinard (Marcel) et Lévy-Solal. — Naissance d'enfants sains au cours d'une syphilis récente, après traitement du père avant la conception et de la mère pendant la gestation. *Soc. méd. des Hôp.*, Séance du 23 Avril 1920.

Rudaux et Le Lorier. — De l'influence de la syphilis sur la genèse des anomalies et des monstruosités fœtales. *Ann. de gyn. et d'ost.*, Sept. 1911.

Sauvage. — De l'emploi du Salvarsan chez les femmes enceintes syphilitiques. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1913.

Schwab. — *Syphilis du placenta*, Thèse 1896.

Coulommiers. — Imp. Dessaint et Cie.